

Doküman No: KLN.FR.13

Yayın Tarihi: 15.05.2013

Rev.No:01

Rev.Tarihi:15.09.2020

Sayfa No:1/1

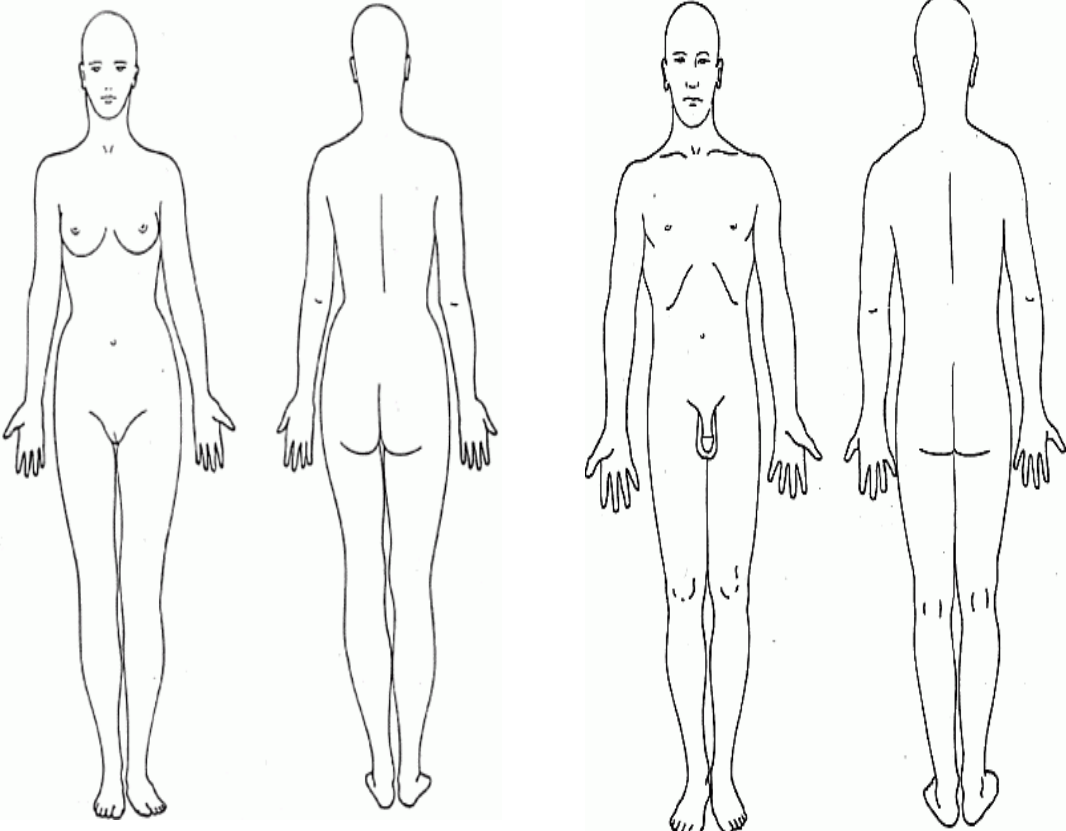
Hasta Adı Soyadı:..... Tarih:...../...../20....

Doğum Tarihi: ...../...../20....

Saat: .....

Protokol No: .....

Bölüm/Kat: .....

| CERRAHİ TARAFIN İŞARETLENMESİ   | İŞARETLENEN BÖLGE /TARAF  |
|---|---|
|  | <input type="checkbox"/> Tarafı olmayan organ (Tekil)<br><input type="checkbox"/> Multi organ ise cerrahi yapılacak organın tarafını belirtiniz.<br><input type="checkbox"/> Sol:.....<br><input type="checkbox"/> Sağ:.....<br><input type="checkbox"/> Parmaklar:.....<br>..... |

Hasta üzerinde işaretleme yapıldı.

Hekim Adı Soyadı / İmza

Hasta üzerinde işaretleme yapılmadı.

(Ameliyat edilecek / Cerrahi işlem uygulanacak bölgenin vücudumun üzerinde işaretleme yapılmasının fayda /zararları bana iletildi. **Kendi isteğim ile vücudumun işaretleme yapılmasını reddediyorum.**)

İşaretleme yapılmayan hasta /Hasta yakını

Adı Soyadı:.....

İmza: